BREAST CANCER | ACTION GERMANY

… info - selbstschutz - vernetzung …

Nachdenken: Brust – Krebs – Medizin – Screening – Für uns?

von Gudrun Kemper

M. Maureen Roberts (Irland) und Cornelia C. Baines (Kanada) leiteten beide Projekte zur Brustkrebsfrüherkennung mit Mammographie-Screening und erkrankten beide selbst an Brustkrebs. Haben die eigenen Erfahrungen die wissenschaftliche Position verändert? Lesen Sie ein wenig mehr über die beiden Wissenschaftlerinnen.

Maureen Roberts

Unter dem Titel **„Mammographie-Screening überdenken – noch einmal“** (Rethinking breast screening – again) erschien im BMJ im Oktober 2005 eine persönliche Perspektive der klinischen Direktorin des Brustkrebs-Screening-Projekts in Kanada, Cornelia J. Baines. Ihr Titel ist eine Anspielung auf *Dr. M. Maureen Roberts*, die seit 1979 Leiterin des Mammographie-Screening-Projekts in Edinburgh war. Roberts hatte sich bereits 16 Jahre zuvor, nämlich 1989, im BMJ unter dem Titel: **„Mammographie-Screening: Zeit zum Überdenken?“** (Breast screening: time for a rethink?) Gedanken gemacht.

Sie berichtete - am Ende ihres Lebens - über ihre eigene Brustkrebserkrankung, die sie nach acht guten Jahren doch erwischt hatte. Maureen Roberts starb am 9. Juni 1989 an den Folgen ihrer Brustkrebserkrankung. Ihr kritischer Artikel, in dem sie mit der Brustkrebsmedizin breiter ins Gericht geht, wurde posthum am 14. Juli des selben Jahres vom BMJ angenommen und erschien im November mit einem Foto, das Roberts neben dem Mammographie-Gerät zeigt. Brustkrebs ist eine häufige Erkrankung, schrieb sie bereits damals, und es sieht danach aus, als ob die Erkrankungshäufigkeit noch ansteigt. So erschien es ihr deswegen nur natürlich, dass versucht wird, etwas dagegen zu tun.

Aber Maureen Roberts stellt auch 1989 schon die unbequemen Fragen – nämlich ob wir auf dem richtigen Weg sind, um so viel wie möglich zu erreichen. Und wenn wir die Krankheit schon nicht vermeiden können, so sollte es wenigstens funktionierende Therapien geben, wobei sie hervorhebt, dass sie damit nicht die aggressiven adjuvanten Chemotherapien meint, während sie das Dilemma der Therapie insgesamt - Brust erhalten, Mastektomie oder die richtige Behandlung der Vorstufen - gleich mit anklagt. Ihr schwebten damals zumindest neue Screening-Einheiten mit multidisziplinären, spezialisierten Behandlungsteams, bevorzugt Ärztinnen, vor.

Beim Lesen stellt sich ein wenig das Bild der Vorgaben der EUSOMA-Leitlinien ein, die allerdings in der Umsetzung auch bei uns nach wie vor nicht wirklich Realität sind. Maureen Roberts hielt 1986 Früherkennung jedoch für unerlässlich, um inoperable Erkrankungen, die 1989 in Irland wohl 35% ausmachten [!], zu vermeiden. Wichtig waren ihr der offene Zugang zur Brustkrebsmedizin, hervorragende Beratung der Frauen sowie die Qualitätssicherung der Mammographie. Frauen sollten fühlen, dass die Kliniken ihnen gehören! Und Zugang zu einer

© 2007-2009 www.bcaction.de | Blog: www.bcaction.de/wordpress
URL: http://www.bcaction.de/wordpress/?p=1736 | Letzte Änderung: 31.03.2009

qualitativ anderen Brustkrebsmedizin sollte Frauen überall mit gleich hohem Standard angeboten werden, so Maureen Roberts, die sich an ihrem Lebensende gut informierte Frauen, die an der Entscheidungsfindung selbst beteiligt sind, wünschte.

Den Gedanken an Prävention wollte sie bei 24.000 Neuerkrankungen und 15.000 Frauen mit Krankheitsrückfällen - letztere, so betont sie, dürften nicht vergessen werden - ein wenig beiseite schieben, um nach erfolgreichen Therapien zu suchen. Die von Roberts genannten Fallzahlen für Großbritannien liegen nach den Angaben von IARC/Globocan mit dem Stand von 2002 bei einer Neuerkrankungsrate von 40.928, während die Mortalität bei 13.303 (2002) lag. In ihrer Zusammenfassung hielt Maureen Roberts fest, dass ein Nachdenken erforderlich sei, bevor das Programm weitergehe, und das, obwohl sie nach vielen Jahren im Screening-Programm natürlich traurig war, weil das Screening kein Erfolg gewesen sei.

Cornelia Baines

15 Jahre später: Eine 69 Jahre alte Frau, Menarche mit 13, 22 bei der Geburt ihres ersten Kindes, 15 Jahre Hormonersatztherapie mit reinem Östrogen, sucht wegen Beschwerden in der linken Brust einen Chirurgen auf. Wie gefordert, bringt sie ihre letzte Mammographie mit. Bei der klinischen Untersuchung können weder die Patientin noch der Arzt etwas Auffälliges sehen oder tasten. Die bilaterale diagnostische Mammographie zeigt eine normale linke Brust. Aber in der rechten Brust zeigt sich bei 6 Uhr deutlich ein Brustkrebs. Obwohl der Tumor kleiner war, ist er auf der vorherigen Mammographie bereits zu sehen.

Was diesen „Fall“ ungewöhnlich machte, war die Tatsache, dass aus dem Screening-Programm bereits eine Mammographie existierte, die neun Jahre alt war. An gleicher Stelle zeigte sich auf dieser neun Jahre alten Mammographie eine Verdichtung auf dem Film, so dass verschiedene Ansichten erstellt und eine Nachuntersuchung für sechs Monate später empfohlen wurde. Da sich aber innerhalb dieser Zeit nichts veränderte, kam man zu dem Schluss, dass es sich um einen falsch-positiven Befund handelte. Die im November 2004 durchgeführte Chirurgie bestätigte ein hoch Östrogenrezeptor positives, langsam wachsendes Adenomkarzinom mit klarer Begrenzung und negativem Sentinel-Lymphknoten.

„Ich bin diese Frau“, schreibt Cornelia Baines. „Und ich war die stellvertretende Leiterin der kanadischen nationalen Brustkrebs-Screening-Studie.“ Cornelia Baines, eine emeritierte Professorin, fragte sich, ob sie nun glücklich sein konnte, dass ihr Brustkrebs neun Jahre lang unentdeckt blieb. Und sie stellt fest, dass sie es ist.

Mit der eigenen Erkrankung sieht sie sich gezwungen, darüber nachzudenken, was ihre eigene Erfahrung ihr über die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings schlechthin zu sagen hat. Wie hoch ist der behauptete Nutzen, wenn Krebserkrankungen nicht tödlich verlaufen? Und ihr fällt sogleich ein, dass man sie damit konfrontieren würde, dass

1. … die Mammographie nicht gut genug war, damals. Doch das stimmte nicht. Die Mammographie war ausgezeichnet, so Baines.
2. … man ihr sagen würde: Es war kein Krebs vor neun Jahren. War es doch, erwidern dagegen die aktuellen Radiologen und Chirurgen. Und
3. … natürlich die Frage aufkommt, warum ausgerechnet die Leiterin der kanadischen Screening-Studie neun Jahre lang keine Mammographie mehr hatte machen lassen.

Baines beschreibt ihre Gründe: Die ganze Latte von Mammographien, neun Jahre zuvor, gleich zweimal in kurzer Folge. Es war ihr unangenehm. Und für sie, als beruflich sehr eingebundene Frau, war es zudem das Terminmanagement, welches ihr unbequem war.

Ein Experte für Brustkrebsstatistik, Don Berry, beschreibt ihr die drei möglichen Ergebnisse im Mammographie-Screening:

Erstes mögliches Ergebnis:

- „Die Katze ist bereits aus dem Sack“, bildhaft und in diesem Fall eine sehr unschöne Vorstellung. Mit anderen Worten, zwar im Screening erkannt, aber trotzdem tödlich. Die meisten Todesfälle, die bei Brustkrebs trotz Screenings passieren, fallen in diese Kategorie. Die Frauen sterben also, mit oder ohne Screening. Vielleicht könnte man sagen, es sind die „drei von 1000“, die uns Frau Prof. Mühlhauser hier in Deutschland vorrechnet.

Das zweite Ereignis kann sein, dass

- tödlich verlaufender Brustkrebs erkannt wird, noch bevor die Krankheit metastasiert, bevor sie systemisch geworden ist. Nach Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser wäre es „eine von 1000 Frauen“, die 10 Jahre lang an einem Screening teilnehmen. Nach dem Bericht im BMJ könnte es sich um die berichtete 30%ige Senkung der Brustkrebssterblichkeit durch das Screening handeln.

Und das dritte Ergebnis im Screening sind

- solche Krebserkrankungen, die sich niemals zu tödlich verlaufenden Krebserkrankungen entwickeln werden.

Sich an den Gedanken zu gewöhnen, dass wir metastasierenden Brustkrebs mit bildgebenden Verfahren – und seien sie auch noch so ausgefeilt – oder simplen Tastuntersuchungen überhaupt nicht rechtzeitig finden, wäre gegebenenfalls schwer realisierbar. Wir haben lange auf Früherkennung gesetzt. Eines vielleicht nicht all zu fernen Tages werden wir hoffentlich wissen, wie es sich tatsächlich verhält, denn eines Tages kommt alles ans Licht. Vielleicht ist es soweit, wenn ein neues Computerprogramm aus den Ergebnissen tausender wissenschaftlicher Artikel über die Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung eine neue Quersumme berechnen konnte. Vielleicht werden wir aber auch weiter mit Pro und Contra leben müssen. Statistiken geben keinen Aufschluss darüber, ob der Nutzen auf der einen Seite den Schaden auf der anderen Seite nicht nur verschiebt.

Cornelia Baines kommt zu dem Schluss, dass die meisten in situ-Karzinome in die letzte, dritte Kategorie fallen und dass auch ihr Tumor, der nach neun Jahren noch keine Lymphknoten befallen hat und immer noch relativ klein ist, in diese Gruppe gehört. Und sie erinnert an Dr. Maureen Roberts, die bereits 1989 im BMJ fragte: „Was ist der Nutzen des Screenings?“ (What’s the use of breast screening?) Oder: „Könnte Mammographie-Screening tatsächlich schädlich sein?“ (Might breast screening actually be detrimental?) Zumindest wollte Dr. Maureen Roberts bereits 1989, dass Frauen vollständig über diese Sachverhalte informiert werden, und zwar auch dann, wenn diese Informationen nicht das sein sollten, was Frauen gerne hören möchten. Und auch hier: Europäische Leitlinien geben vor, dass Frauen vollständig über mögliche Vorteile, Nachteile und Risiken informiert werden sollen (s. dazu Kommunikation im Mammographie-Screening [nach Europäischen Leitlinien]).

Umdenken zum Screening ist erforderlich, sagt Dr. Maureen Roberts 1989. Und Cornelia Baines meint 16 Jahre später, dass sich bis heute wenig geändert habe („little has changed“). Cornelia Baines schließt ihren Bericht mit dem Hinweis auf eine Aussage aus dem „Economist“ aus dem Jahr 1997: „Der Enthusiasmus für das Screening basiert mehr auf Angst, falscher Hoffnung und „Habgier“ als auf Evidenz“.

Als Schlüsselerklärungen für schlechtere Überlebensraten in Westeuropa kommen fortgeschrittenes Tumorstadium, in Osteuropa außerdem schlechtere Therapien in Betracht, wird uns im Zusammenhang mit der EUROCARE 3 Studie vermittelt. Skandinavische Länder, die für ihre oft bereits seit Jahrzehnten laufenden Screening-Programme bekannt sind, aber insbesondere auch die USA führen die internationalen Statistiken in Sachen Überlebensraten an. Dennoch bleiben die angegebenen Ergebnisse des Screenings schwer interpretierbar, während präventive Möglichkeiten bisher mehr oder weniger vollständig ausgeblendet bleiben.

„Early detection is your best protection.“ Früherkennung ist dein bester Schutz – unter diesem Slogan wurde Mammographie oder Selbstuntersuchung lange angepriesen. „Prevention is the cure.“ Prävention ist die Heilung – auf diesem Weg sind wir bis heute nicht. Denn um Brustkrebs bereits präventiv etwas entgegen zu setzen, was womöglich viel mehr Leben retten könnte als Screening und aggressive Therapien, müssten wir uns noch viele gesellschaftlich tiefgreifende und weitaus unbequemere Fragen stellen, als allein die, ob wir zur Mammographie gehen sollten oder nicht. Gesunde Lebenswelten schaffen ist ein allumfassender Präventionsansatz und würde viele unserer ungesunden und manchmal lieb gewordenen Gewohnheiten schlicht auf den Kopf stellen.

Soweit unser Bericht zu diesen beiden älteren Artikeln.

Lesen Sie die Originale:

Rethinking breast screening – again Von Cornelia J. Baines (2005)
http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/331/7523/1031?etoc

Breast screening: time for a rethink? Von M. Maureen Roberts (1989)
http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1838018&blobtype=pdf

Weiterlesen:

Leserbrief: “Breast screening: a response to Dr. Maureen Roberts” von Jocelyn Chamberlain, Cancer Screening Evaluation Unit (1989) http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1838180&blobtype=pdf
J. Chamberlain schreibt mit Sympathie für Roberts, warnt aber davor, das “Kind mit dem Bade auszuschütten”.

Leserbrief: “Breast Screening” von Mala Rao
http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1838339&blobtype=pdf

Mammography Screening: Are women really giving informed consent? (2005) Cornelia J. Baines im Journal of the National Cancer Institute (JNCI)
http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/95/20/1508?ijkey=91057b01ac5035e4298010fe6d86e155a41da65c
Kritische Auseinandersetzung zu den Ergebnissen der Mammographie bei Frauen insbesondere in der Altersgruppe zwischen **40 und 49** Jahren

Weitere Quellenangaben:

Economist: *Screening for breast cancer* (1997) (nur der Artikel-Anfang ist frei zugänglich)
http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story_id=E1_TQGNJP

Eurocare 3 Summary: Cancer Survival in Europe at the End of the 20th Century. Ann Onc 2003; 14 (suppl 5): 128-149. http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/suppl_5/v128.pdf

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (Zahlen), s. z.B. http://www.fgz.co.at/Mammographie-als-Reihenuntersuchung-Pro-und-Kontra.148.0.html

Weitere Informationen:

… zum Mammographie-Screening auf unserer Webseite.

… zu unserer Linksammlung zum Mammographie-Screening
http://delicious.com/bcag_mammography_screening

Über Breast Cancer Action Germany

Wir sind eine unabhängige Gemeinschaft von Frauen, die sich im Kontext Brustkrebs engagieren. Wir wollen die bestmögliche Behandlung für alle, die von dieser schweren Erkrankung betroffen sind. Wir wollen aber auch, dass die Forschung über die Ursachen von Brustkrebs und über die Möglichkeiten der Primärprävention endlich grundlegend verbessert wird.

Wir sind ein kreatives, privat finanziertes Low-Budget-Projekt, das grundsätzlich jegliche Finanzierung im Interessenkonflikt ablehnt und insbesondere keine Pharmagelder annimmt. Lesen Sie dazu unsere Leitlinie, entsprechend der Richtlinie zur Einwerbung von Drittmitteln von Breast Cancer Action.

Dieser Text wurde von Breast Cancer Action Germany (www.bcaction.de) unter einer Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Sie dürfen den Inhalt ausschließlich zu den folgenden Bedingungen vervielfältigen und verbreiten: Namensnennung, keine kommerzielle Nutzung, keine Bearbeitung. (Weiteres siehe http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.de)